

ZPRÁVA O WORKSHOPU SEKCE URODYNAMIKY A NEUROUROLOGIE ČESKÉ UROLOGICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS JEP V RÁMCI IV. SETKÁNÍ SPINÁLNÍCH JEDNOTEK V ČESKÉ REPUBLICĚ

MUDr. Libor Zámečník, FEBU¹, MUDr. Jan Krhut, Ph.D.²

¹Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

²Urologické oddělení FN, Ostrava-Poruba

Urolog. pro Praxi, 2008; 9(1): 41–42

Ve dnech 25.–26. 10. 2007 se v pražském hotelu Pyramida uskutečnilo IV. setkání spinálních jednotek v České republice. V rámci této akce Sekce urodynamiky a neurourologie ČUS ČLS JEP uspořádala samostatný blok s urologickou tematikou. Ten byl rozdělen do tří základních částí.

Dopoledne se v kinosále uskutečnil workshop na téma „Intersticiální cystitida“. Urologickou část sdělení o epidemiologii, etiologii, diagnostice a léčbě této závažné a dosud v mnohém neobjasněné nosologické jednotky přednesl Dr. Zámečník. Intersticiální cystitida (IC) může být jednou z příčin pánevní bolesti, projevující se až nesnesitelnými obtížemi (polakisurie, bolesti při i mimo močení, nykturie, dyspareunie). Převážně postihuje ženy, nevyhýbá se však ani mužům (tam se skrývá pod diagnózu chronické abakteriální prostatitidy) a ani dětem. Podle posledních údajů z Evropy (Finsko) se toto onemocnění týká 230 z 100 000 žen, v USA dokonce 575, resp. 12 600 lidí z 100 000 obyvatel. Evropská pracoviště sdružující se v *European Society for the Study of Interstitial Cystitis/Painful Bladder Syndrome* na své konzultaci v roce 2006 doporučili používat název **Bladder Pain Syndrome (BPS/IC)**.

I přes několik teorií (dysfunkce glykosaminoglykanové vrstvy na povrchu urotelu, teorie neurogenního zánětu, vlivu autoimunity a mastocytů) toho o původu tohoto onemocnění mnoho nevíme, víme však, že průměrný věk při začátku onemocnění bývá okolo 40. roku a doba od počátku příznaků do definitivního stanovení diagnózy je zhruba 5 let. Snad trochu povzbudivě zní to, že až 50 % onemocnění se během 80 měsíců dostane do spontánní remise.

V rámci diagnostických algoritmů máme k dispozici také dotazníky, jejichž přínos je jednoznačný při základní diagnostice a také v rámci dispenzarizace během léčby (**viz vložený list**).

Diagnostika má být velice pečlivá (vzhledem k vyloučení jiných závažných organických příčin pá-

nevní bolesti), včetně cystoskopie a změření kapacity močového měchýře v anestézii, validní biopsie po hydrodistenzi měchýře je (v evropských podmínkách) samozřejmostí. Dosud nebyl prokázán žádný marker použitelný pro jednoznačnou diagnostiku IC. Urodynamické vyšetření zůstává pro specifické skupiny pacientů (muži, pacienti s inkontinencí, s IC neodpovídající na běžnou léčbu) stejně tak, jako *test senzitivity k draslíku*, který je, pro svou invazivitu a vysoké zatížení nesprávnými výsledky, nahrazen *modifikovaným draslíkovým testem*, v návaznosti na cystometrické vyšetření kapacity močového měchýře. Nicméně diskuze přítomných ukázala, že tyto testy zatím v českých zemích nedošly svého širšího použití. Byla představena nová klasifikace IC/PBS podle ESSIC: hodnocení dvěma symboly podle bioptického a cystoskopického nálezu po hydrodistenzi.

Výraznou pomocí urologa jsou také právě v problematice IC orientovaní patologové. Ti byli na workshopu zastoupeni Dr. Dundrem (Ústav patologie VFN a 1. LF UK v Praze). Přítomným objasnil jakými základními a specializovanými metodami (imunohistochemie a ev. vyšetřením pomocí elektronového mikroskopu) jsou biopsie zpracovány. Jaké změny v urotelu a detruzoru jsou příznačné pro IC a jak bývá někdy náročné vyhodnocení nálezu, aby závěr nezněl: jedná se o chronické zánětlivé změny. To vše prezentoval praktickými ukázkami na mikroskopických nálezech. Diskuze byla živější zvláště v otázkách vyhodnocování přítomnosti a počtu mastocytů (žirných buněk), jejichž degranulace je některými autory považována za zdroj všech obtíží při IC. Přítomní se srozumitelnou formou dozvěděli, co mají požadovat a očekávat od patologa vyšetřujícího zasílané biopsie stěny močového měchýře. U IC by měla být specifickým příznakem přítomnost mastocytů nejen v submukóze (to může být u kteréhokoli nálezu), ale především v detruzoru. I přes poměrně skeptický závěr, že význam

histopatologického nálezu pro *diagnostiku* je omezený, je nutná korelace s klinickým obrazem a výsledky dalších vyšetření (v některých zemích není bioptické vyšetření součástí diagnostického postupu u těchto pacientů) a potenciálně *prognostický význam* má stratifikace pacientů do různých skupin podle histologického nálezu (rozdělení do skupin podle počtu žirných buněk, fibrotizace lamina propria atd.), je nutno patologa považovat za nedílnou součást týmu pečujícího o pacienty s IC.

V části, která se týkala léčby IC, bylo řečeno, že vzhledem k možným etiopatogenetickým faktorům a polymorfním obtížím pacientů s IC je léčba svízelná, multimodální a vysoce individuální je jak její snášlivost, tak efekt. Samozřejmostí je dobrá informovanost pacienta, redukce stresu, zvýšený příjem tekutin a v neposlední řadě také dietní opatření.

V rámci léčby se nabízí jak perorální přípravky (anticholinergika, antihistaminika, steroidy, pentosanpolysulfát sodný, inhibitory leukotrienů), tak preparáty k aplikaci intravezikální (v ČR dostupné: heparin, kyselina hyaluronová – Cythyal, a ev. BCG vakcína).

O léčbě bolesti poutavým způsobem přednášela Dr. Nosková (Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny VFN a 1. LF v Praze). Pro velkou část pacientů s IC je bolest podstatným projevem nemoci, pro určitou část pacientů dokonce velmi limitujícím faktorem jejich osobního života. Přestože je bolest svým stupněm a mnohdy obtížným terapeutickým ovlivněním srovnatelná s bolestí nádorovou, stojí dosud mimo oblast zájmu specialistů, věnujících se bolesti. Pro lékaře pečující o pacienty s IC je někdy tato součást léčby pomíjena z důvodů náročnosti pochopení mechanismu vzniku a ovlivnění bolesti, a také někdy pro minimální efekt léčby. Proto je důležitá spolupráce s algeziologem. V léčbě bolesti u pacientů s IC je využíváno kombinace přípravků: analgetik, antikonvulziv (gabapen-

tin, pregabalin) a antidepresiv (klasických tricyklických – amitriptylin, ale také léků ze skupiny SSRI). Nové možnosti léčby poskytují dostatečný prostor k úlevě od bolestí u téměř všech pacientů.

Poslední část byla věnována chirurgické léčbě IC – augmentačním výkonům či totální cystektomii. Varovným signálem před unáhlenou indikací k závažným chirurgickým výkonům je údaj o tom, že až v 60% případů se u takto ošetřených pacientů objevují tzv. *fantómové bolesti* v malé pánvi. V souvislosti s údajem možné recidivy onemocnění v uretře je doporučována při totální cystektomii také uretrektomie. Progrese resp. recidiva onemocnění byla popsána také v distální části močového (terminální intersticiální ureteritida) a výskyt glomerulací typických pro IC také na ileálním štěpu augmentovaného měchýře. Z toho vyplývá, že rozsáhlý chirurgický výkon je indikován pouze tam, kde ostatní léčba selhává (např. když se jedná o sraštělý, malokapacitní měchýř apod.).

Možné komplikace vyplývají z podstaty onemocnění (psychická dekompenzace při intenzivních subjektivních obtížích, enormní zhoršení kvality života) nebo vznikají jako následky léčby IC (vedlejší účinky léků, chemická cystitida po intravezikálním podání léčiva, vezikoureterální reflux, dilatace horních močových cest na podkladě stenotizace močovodů, opakované pyelonefritidy, renální nedostatečnost po sub- či totální náhradě měchýře).

Přes intenzivní výzkum a změnu taktiky diagnostiky a terapie IC je onemocnění psychicky i fyzicky náročné pro své nositele. Je léčitelné, leč ve většině případů nevléčitelné. Přestože v posledních letech opět převažuje konzervativnější trend v léčbě IC, u některých pacientů je možné zlepšit jejich kvalitu života jen metodami chirurgickými. Onemocnění je chronické, recidivující a vyžaduje multidisciplinární přístup.

Další částí workshopu byla návštěva spinální jednotky Kliniky rehabilitace Fakultní nemocnice v Motole. Účastníci se seznámili s historií a organizací provozu spinální jednotky, spektrem ošetřovaných pacientů, metodami, které jsou zde v léčbě používány. Účastníci diskutovali zejména úlohu urologa spolupracujícího se spinální jednotkou, timing provedení urodynamického vyšetření u pacientů po míšní lézi, návaznost urologické péče na spinálních jednotkách a v rehabilitačních ústavech. Velký prostor byl v diskusi věnován tématu sekundárních hospitalizací „chronických“ pacientů s urologickými komplikacemi na spinálních jednotkách.

Odpolední blok byl vyplněn původními sděleními přednesenými v rámci IV. setkání spinálních jednotek. Dr. Krhut (FN Ostrava) referoval u nás ojedinelé více než 5leté zkušenosti s léčbou pacientů s neurogenními dysfunkcemi dolních cest močových aplikací botulinumtoxinu. Dr. Sutory (Úrazová nemocnice

Brno) se věnoval sledování oběhových parametrů při urodynamickém vyšetření u pacientů po míšní lézi. Upozornil na souvislosti mezi urodynamickými nálezy a jednotlivými typy autonomních dysregulací. Dr. Heráček (FN Vinohrady) shrnul své zkušenosti s diagnostikou a léčbou více než 230 pacientů po míšním traumatu na mateřském pracovišti i v centru Paraple. Dr. Krhut (FN Ostrava) referoval o přednostech cystatinu C jako markeru renálních funkcí u pacientů po míšní lézi s úbytkem svalové hmoty. Dr. Novotný (FN Vinohrady) se ve svém sdělení věnoval problematice cystolithiázy u pacientů po míšní léze v kontextu možných způsobů drenáže dolních cest močových.

S. Hulová (FN Ostrava) představila na edukačním videoprogramu techniku intermitentní katetrizace z pohledu sestry.

Celý workshop měl velmi vysokou odbornou úroveň, tradičně silnou stránkou byla velmi neformální bohatá diskuze. Četné pozitivní ohlasy z řad účastníků workshopu mohou být pro pořadatele povzbuzením k přípravě dalšího (tentokrát výjezdního) workshopu Sekce urodynamiky a neurourologie ČUS v příštím roce.

MUDr. Libor Zámečník

Urologická klinika VFN a 1. LF UK Praha
U Nemocnice 2, 128 00 Praha 2
e-mail: libor.zamecnik@lf1.cuni.cz